

Zapobieganie samobójstwom dzieci i młodzieży

e-poradnik

Opracowanie: Joanna Szymańska

Zawartość

Wprowadzenie	3
Depresje młodzieńcze	5
Czynniki ryzyka i czynniki chroniące	7
Objawy depresji u dzieci i młodzieży	10
Samobójstwa dzieci i młodzieży	13
Czynniki ryzyka i czynniki chroniące	14
Sygnały zagrożenia	16
Profilaktyka depresji i samobójstw	19
Poziomy profilaktyki	20
Kontrowersje wokół zajęć edukacyjnych dotyczących samobójstw	23
Czego robić nie wolno!	24
Samobójczy kryzys	26
Jak reagować, gdy uczeń mówi o samobójstwie?	27

Wprowadzenie

Samobójstwa są drugą, po wypadkach, przyczyną zgonów młodych ludzi. Nie można ich więc zlekceważyć jako zjawiska marginesowego. Większość aktów samobójczych dokonywana jest w stanie depresyjnym, którego objawy można rozpoznać stosunkowo wcześnie i podjąć działania pomocowe.

Nagłośnione przez media przypadki samobójstw wśród uczniów wywołały zaniepokojenie środowiska oświatowego i organów prowadzących i spowodowały nagły wzrost zapotrzebowania na profilaktykę w tym obszarze. Jednak nie wszystkie działania są bezpieczne i skuteczne.

Pracownia Wychowania i Profilaktyki przygotowała **e-poradnik adresowany do nauczycieli, szkolnych i poradnianych specjalistów oraz do rodziców**. Jego celem jest uwrażliwienie dorosłych na sygnały zagrożenia wysyłane przez dzieci, a także ukazanie, na czym powinna polegać profilaktyka samobójstw, zwłaszcza w szkole.

W e-poradniku znajdą Państwo następujące treści:

1. Depresje młodzieńcze

- Rodzaje i typy depresji u dzieci i młodzieży;
- Czynniki ryzyka i czynniki chroniące;
- Objawy depresji młodzieńczej;

2. Samobójstwa młodych ludzi

- Czynniki ryzyka i czynniki chroniące, w tym dotyczące szkoły;
- Etapy drogi do samobójstwa;
- Sygnały zagrożenia - wczesne i alarmujące;

3. Profilaktyka samobójstw

- Ekologiczny model profilaktyki
- Profilaktyka uniwersalna w szkole;
- Profilaktyka selektywna;
- Profilaktyka wskazująca
- Kontrowersje wokół działań edukacyjnych w klasach;
- Czego robić nie wolno!

4. Samobójczy kryzys

- Jak reagować, gdy uczeń mówi o samobójstwie?

Depresje młodzieńcze

Depresje należą do zaburzeń, w których dominującymi objawami są: obniżony nastrój (smutek, rozpacz) i obniżony napęd (spowolnienie, apatia). Często występuje w nich także lęk i poczucie winy (Puzyński 1988, Kępiński 1973). Nastrój depresyjny poprzedza też nierzadko pierwsze sięgnięcie po środki psychoaktywne. Znaczne napięcie psychiczne, któremu mogą towarzyszyć myśli samobójcze, skłania do użycia alkoholu czy narkotyków (Thille, Zgierski 1976; Malinowska 1987). Depresja stanowi więc stan szczególnego zagrożenia i tym samym wymaga szybkiego rozpoznania i zdiagnozowania. Rozpoznanie typu i głębokości depresji nie jest jednak rzeczą prostą z powodu braku obiektywnych kryteriów diagnostycznych w ogóle, a u osób młodych dodatkowo z powodu jej nietypowego obrazu.

Klasyfikacja depresji (wyróżnienie typów depresji) jest jednym z najbardziej kontrowersyjnych tematów w psychiatrii i przedmiotem ostrej debaty między specjalistami. Określenie typu depresji ma przecież kapitalne znaczenie, ponieważ decyduje o wyborze głównej metody leczenia – psychoterapii lub farmakoterapii. Obecnie obowiązujące podziały są kontestowane i prawdopodobnie niedługo zostaną zmodyfikowane (McAllister-Williams H., 2005). Zgodnie ze współczesnymi systemami kwalifikacyjnymi (DSM i ICD) wyróżnia się następujące **rodzaje depresji**:

Depresja endogenna (tzw „wielka depresja” zwana też prawdziwą) – występująca w przebiegu choroby afektywnej jedno lub dwubiegunowej oraz w afektywnej postaci schizofrenii. Główne objawy, oprócz obniżenia nastroju i napędu, to zaburzenie rytmów dobowych (czuwania i snu), zmiany samopoczucia w zależności od pory dnia (najgorsze rano), lęk, zanik apetytu, wysychanie błon śluzowych i szereg dolegliwości somatycznych. Choć odkryto już mechanizmy biochemiczne, przyczyny depresji endogennej są nadal nieznane; Obecnie kwestionuje się wręcz istnienie tej jednostki chorobowej.

Depresje psychogenne – uwarunkowane czynnikami psychologicznymi, społecznymi oraz trudnymi warunkami i wydarzeniami życiowymi. Wśród depresji psychogennych wyróżnia się trzy podtypy:

- **Depresja reaktywna** – będąca reakcją na sytuację straty. Należy do najbardziej rozpowszechnionych typów depresji. Pojawia się w wyniku utraty znaczących i bliskich osób (np. z powodu rozwodu lub wyjazdu rodziców), obiektu uczuć lub samych uczuć, dóbr materialnych, pozycji społecznej, perspektyw i celów życiowych, innych ważnych wartości, w tym duchowych. Jedną z wyróżnianych form depresji reaktywnej, ze względu na jej intensywność, jest reakcja żałoby wywołana śmiercią bliskiej osoby;
- **Depresja w przebiegu zaburzeń nerwicowych** – towarzysząca dłużej utrzymującym się objawom nerwicowym, które znacznie ograniczają i utrudniają normalną aktywność życiową (np. lęk, natręctwa);
- **Depresja w przebiegu reakcji adaptacyjnych** – spowodowana stanem permanentnego przeciążenia emocjonalnego, przewlekłym stresem. Najczęstsze przyczyny stresu to: bardzo złe relacje z otoczeniem – odrzucenie i izolacja społeczną, doświadczanie przemocy; długotrwały i eskalujący konflikt w rodzinie; przemęczenie obowiązkami; długotrwałe ubóstwo uniemożliwiające zaspokojenie wielu potrzeb.
- **Depresje towarzyszące chorobom somatycznym;**
- **Depresje w chorobach ośrodkowego układu nerwowego;**
- **Depresje związane z przyjmowaniem substancji chemicznych,** w tym niektórych leków.

Depresja młodzieńcza nie figuruje w systemach klasyfikacyjnych jako odrębna kategoria diagnostyczna. Najczęściej rozpoznawane rodzaje depresji u młodzieży to depresja reaktywna lub towarzysząca reakcji adaptacyjnej.

Depresja młodzieńcza – norma rozwojowa czy zaburzenie?

Według globalnych szacunkowych danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) symptomy depresji przejawia 0,3% dzieci w wieku przedszkolnym, 2% dzieci

w szkole podstawowej i 4-8% dorastających w grupie wiekowej 13-18 lat. W krajach Europy wskaźniki epidemiologiczne są znacznie wyższe. Objawy depresji występują dwukrotnie częściej u dorastających dziewcząt niż u chłopców (Sabate', 2004). Epizody depresji w okresie dojrzewania zdarzają się stosunkowo często. Polskie badania epidemiologiczne wskazują na ich **rozpowszechnienie w populacji nastolatków 27-54%** w zależności od fazy dojrzewania i środowiska (Bomba J., Orwid M., 2008).

Depresja w okresie dojrzewania wiąże się z wieloma dynamicznie przebiegającymi zmianami: hormonalnymi, rozwojem nowych funkcji poznawczych, znaczącym poszerzeniem kontaktów społecznych i podejmowaniem nowych ról społecznych, a także usamodzielnianiem się od rodziców. Zmiany te, wymagające uruchomienia wszystkim zdolności adaptacyjnych, wywołują wiele obaw i typową huśtawkę emocji i nastrojów. Zdaniem J. Bomby i M. Norwid objawy depresyjne występujące we wczesnej fazie dojrzewania, 13-16 lat, można uznać za zakłócenie funkcjonowania nie wykraczające poza granice normy rozwojowej (Bomba J., Orwid M., 2008). Należy jednak uważnie obserwować, czy amplituda wahań nastroju i emocji nie staje się zbyt duża oraz towarzyszyć nastolatkowi w jego dojrzewaniu i udzielać wsparcia. **Depresji okresu dojrzewania nie można lekceważyć, ponieważ objawia się często działaniami autodestruktywnymi.**

Uwarunkowania depresji dzieci i nastolatków są w znacznym stopniu znane, ale nadal prowadzone są analizy i badania pozwalające na identyfikację kolejnych **czynników ryzyka i czynników chroniących.**

Czynniki ryzyka i czynniki chroniące

1. Potwierdzone czynniki ryzyka depresji u dorastających:

- Symptomy takie jak: lęk, zaburzenia zachowania, nadużywanie substancji psychoaktywnych, zaburzenia odżywiania się;
- Wiek – końcowa faza okresu dojrzewania (15-19 lat);
- Płeć żeńska;

- Posiadanie depresyjnych rodziców;
- Występowanie epizodów depresji we wcześniejszych fazach rozwoju;

2. Inne czynniki ryzyka, wymieniane przez wielu badaczy i uznawane za wysoce prawdopodobne:

- Posiadanie depresyjnych bliskich krewnych;
- Stresujące wydarzenia życiowe;
- Słaba osobowość i temperament. Niska samoocena związana z negatywnym myśleniem, słaba samokontrola, brak kompetencji społecznych, neurotyzm;
- Rozwód, separacja lub poważne konflikty pomiędzy rodzicami; styl wychowawczy oparty na kontrolowaniu dziecka;
- Wykorzystywanie fizyczne i seksualne we wczesnym dzieciństwie;
- Pochodzenie: z mniejszości etnicznej - wzrastanie w środowisku odmiennym językowo i kulturowo; z terenów wiejskich. Niski status socjoekonomiczny rodziny, niska sprawność intelektualna;
- Ubogie relacje z rówieśnikami;
- Obniżanie się osiągnięć szkolnych, trudności w nauce;
- Próby samobójcze w przeszłości;
- Zmiany hormonalne w okresie pokwitania, zaburzenia snu;
- Fizyczne dolegliwości;

Nie stwierdzono korelacji pomiędzy depresją w okresie dorastania a utratą (z powodu śmierci) rodzica lub rodziców w okresie dzieciństwa.

3. Czynniki chroniące przed depresją:

- Dobre relacje z rówieśnikami;
- Dobre relacje co najmniej z jednym z rodziców;
- Posiadanie jakiegoś zajęcia lub zatrudnienia.

Źródła: Gould M., Fisher P., Parides M., Flory M., Shaffer D. (1996). *Psychosocial Risk Factors of Child and Adolescents Completed Suicide; Prevention Initiatives for Child and Adolescent Mental Health*. NSW Resource Document. NSW Department of Health, Sydney, 2002.

Nietypowy obraz – depresja bez depresji

Do końca lat sześćdziesiątych wielu psychiatrów kwestionowało występowanie zaburzeń depresyjnych u dzieci i młodzieży. Obecnie nikt już ich nie kwestionuje, chociaż nadal zwraca się uwagę na problemy z rozpoznawaniem depresji młodzieńczej. Wątpliwości co do wczesnego jej występowania i trudności diagnostyczne biorą się stąd, że u dzieci i młodzieży przejawia się ona w odmienny sposób niż u ludzi dorosłych (Kazdin 1996, Nissan 1973, Pużyński 1988).

Dorośli na ogół zdają sobie sprawę ze znacznego obniżenia nastroju i mówią, że przeżywają smutek, rozpacz, niepokój. Zwykle też analizują i podają przyczyny zmiany samopoczucia. Młodzi ludzie rzadko potrafią określić precyzyjnie objawy i nazwać przeżywane emocje. Depresja uwidacznia się u nich raczej w psychomotoryce (zahamowanie, apatia). Słownie komunikują natomiast poczucie odrzucenia („nikt mnie nie kocha”, „nikomu na mnie nie zależy”) lub ujemny obraz własnej osoby („nie dam rady, jestem do niczego”), a nie smutek. Zazwyczaj też więcej jest w ich przeżyciach poczucia krzywdy niż poczucia winy.

Zdaniem specjalistów wczesne zaburzenia depresyjne rzadko manifestują się w postaci depresji prostej. Najczęściej ujawniają się w sposób zakamuflowany pod postacią tzw. *masek* lub *ekwiwalentów depresji*, co przypomina poronną postać depresji endogennej występującej u osób dorosłych (Kielholz 1973, Nissan 1973).

Depresja może więc przybierać postać masek somatycznych: zaburzenia łaknienia (w tym anoreksja i bulimia), zaburzenia snu, bóle głowy, bóle brzucha, moczenie nocne, nadmierna męczliwość. Może także manifestować się fobiami (np. fobia szkolna) lub zachowaniami niszczyielskimi.

P. Kielholz twierdzi, że maski depresji występują u osób niedojrzałych, w tym także dorosłych, ze słabą zdolnością do autoanalizy i słabą samoświadomością. Maski pojawiają się też w przypadkach, gdy otoczenie nie rozumie objawów depresji, a za ich ujawnienie stosuje kary (bo dziecko ma bez powodu humory). Niektórzy autorzy dostrzegają związek między depresją a zachowaniami agresywnymi, które u dzieci

i młodzieży mogą stanowić specyficzny dla wieku ekwiwalent depresji. **Lista objawów depresji młodzieńczej** jest długa.

Objawy depresji u dzieci i młodzieży

E. Pużyńska dokonała zastawienia objawów depresji młodzieńczej na podstawie kilkunastu doniesień znanych psychiatrów (Pużyńska 1979; s. 35).

Na poziomie wewnętrznym	Na poziomie zachowania się
<ul style="list-style-type: none"> • Smutek, rozpacz • Poczucie beznadziejności, • Pustka wewnętrzna, • Lęk, niepokój, • Niska samoocena, • Niewiara we własne siły, brak poczucia sensu życia, • Nuda, • Brak wiary w przyszłość, • Poczucie osamotnienia, • Zagubienia, poczucie winy, • Słaba tolerancja na frustrację, • Chwiejność emocji od euforii do rozpacz, • Gniew, złość 	<ul style="list-style-type: none"> • Bóle ciała, • Bóle głowy, • Zaburzenia łaknienia (brak apetytu, bulimia, anorexia nervosa), • Zaburzenia snu (bezsenna, nadmierna senność), • Moczzenie nocne, • Ciągłe zmęczenie, • Fobie szkolne, • Ocieężałość, apatia, • Bezradność, izolacja od otoczenia, • Niechęć do aktywności, • Nie wywiązywanie się z obowiązków, • Brak dbałości o wygląd, • Zahamowanie, mutyzm, • Roztargnienie, rozproszenie, • Brak zainteresowania otoczeniem i życiem, • Ucieczka w świat fantazji, • Autoerotyzm, odurzanie się alkoholem i narkotykami, • Niepokój ruchowy, • Ucieczki, wagary, • Drażliwość, dysforia, napady wściekłości, dewastacja, • Złośliwość wobec otoczenia, • Zachowania prowokacyjne, • Prowokujący ubiór (pozowanie na dziwaka i oryginała), • Samookaleczenie się, • Próby samobójcze, • Samobójstwo dokonane

Jak widać z zamieszczonego niżej przeglądu, depresja dziecięca i młodzieżowa objawia się w różnorodny sposób, często bardzo odległy od potocznego rozumienia depresji. Apatia, zahamowanie czy próby samobójcze łatwo kojarzą się z przeżywaniem depresji, natomiast lenistwo lub agresja – bardzo rzadko.

Nietypowość symptomów depresyjnych u młodzieży skłoniła Priotiego do wprowadzenia, paradoksalnego – z pozoru – określenia **depresja bez depresji**.

Depresję u dzieci, w wieku 6-12 lat, charakteryzuje **znaczna somatyzacja**. Objawia się przede wszystkim skargami na rozmaite dolegliwości fizyczne – uczucie słabości i zmęczenia, brak apetytu, bóle głowy, brzucha, mięśni itp. Obserwujemy też apatię i trudności z koncentracją uwagi, co przekłada się na problemy z nauką.

UWAGA!!!

U dzieci, zwłaszcza w młodszym wieku szkolnym, często w obrazie depresji dominuje niepokój, a nie apatia, objawiający się rozdrażnieniem, rozproszeniem uwagi, ciągłą i nadmierną aktywnością bez przerw na odpoczynek. W wielu przypadkach **specjaliści błędnie rozpoznają ADHD zamiast depresji**. (Sabate' E., 2004).

Obrazy depresji u dorastających

Psychiatrzy często posługują się klasyfikacją podaną przez Antoniego Kępińskiego, który wyodrębnił **cztery postacie depresji młodzieńczej**:

- **Postać apatyczno-abuliczną**, w której młody człowiek ulega wewnętrznemu rozprężeniu. Nic go nie interesuje, odczuwa pustkę i nudę, godzinami przesiaduje beczynnym lub słucha muzyki. Nudę życia usiłuje przerwać przez odurzanie się, ekscesy seksualne lub zachowania niszczycielskie;
- **postać buntowniczą** z dużym ładunkiem gniewu i agresji. Wyładowanie agresji na zewnątrz dokonuje się w formie gwałtownych reakcji agresywnych lub cichej agresji (bierny opór, złośliwości). Gdy agresja nie może być wyładowana na zewnątrz, przekształca się w autoagresję (niszczenie własnej kariery życiowej, próby samobójcze, alkoholizm, narkomania);
- **Postać rezygnacyjna**, w której dominuje lęk przez przyszłością, przewidywanie klęsk i niepowodzeń, poczucie bezradności i małej wartości własnej osoby. Efektem jest ograniczenie aktywności do minimum;
- **Postać labilną** charakteryzującą się dużą chwiejnością nastroju o dużej amplitudzie wahań (od chandry do wesołkowatości). U podłoża tkwi poczucie bezsensu życia i pustka uczuciowa (Kępiński 1974).

Niedostatek lub utrata uczuć lub innych ważnych wartości powodują występowanie reakcji depresyjnej. Dłuższe utrzymywanie się traumatycznej sytuacji może doprowadzić do utrwalenia objawów i rozwinięcia się nerwicy depresyjnej.

Bibliografia:

- Bomba J., Namysłowska I. Orwid M (2002) *Zaburzenia zachowania I emocji zaczynające się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym*, (W): Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. (red) Psychiatria. Urban & Partner, Wrocław.
- Bomba J., Orwid M. (2008) *Zaburzenia zdrowia psychicznego w okresie młodzieńczym. Postępowanie, profilaktyka i błędy w postępowaniu*. W: *Medycyna Młodzieżowa*, Red. M. Rybakowa (w przygotowaniu; wersja internetowa).
- Gould M., Fisher P., Parides M., Flory M., Shaffer D. (1996) *Psychosocial Risk Factors of Child and Adolescents Completed Suicide*. Archives of General Psychiatry, no 53, 1155-1162.
- Kazdin A. (1996) *Zdrowie psychiczne młodzieży w okresie dorastania. Programy profilaktyczne i lecznicze*. „Nowiny Psychologiczne” nr 2.
- Kępiński A. (1973) *Psychopatologia nerwic*. PZWL, Warszawa.
- Kielholtz P. (1973) *Psychosomatic aspects of depressive illness - masked depression and somatic equivalents*. *Masked Depression*, Hans Huber Publishers, Bern-Stuttgart-Vienna.
- McAllister-Williams H. (2005) *Classification of Depression*, www.netdoctor.co.uk/diseases/depression
- Prevention Initiatives for Child and Adolescent Mental Health*. NSW Resource Document. NSW Department of Health, Sydney, 2002.
- Pużyńska E. (1979) *Depresje u dzieci i młodzieży*, (W:) S. Pużyński *Depresje*, Warszawa.
- Sabate' E. (2004) *Depression in Young People and Elderly*. Dokument WHO: Priority Medicines for Europe and the World; Chapter 6.

Szymańska J. (1997) *Diagnoza i wczesna pomoc dla dzieci i młodzieży zagrożonej uzależnieniem w warunkach poradni oświatowej*, (W): *Zapobieganie uzależnieniom uczniów*, red. B. Kamińska-Buśko, CMPPP, Warszawa.

Samobójstwa dzieci i młodzieży

Uwarunkowania samobójstw

Depresja manifestuje się w najbardziej dramatyczny sposób w okresie dojrzewania – poprzez próby samobójcze i samobójstwa dokonane. Samobójstwa stanowią drugą (po wypadkach) przyczynę zgonów wśród młodych ludzi. Szacuje się, że jedno samobójstwo przypada około 100 prób samobójczych. Najwięcej samobójstw i prób dokonywanych jest w wieku 15-19 lat (Kazdin 1996, Dolto 1995).

Według danych Światowej Organizacji Zdrowia 90% aktów samobójczych dokonywanych jest w nastroju lub stanie depresyjnym. Może to być depresja intoksykacyjna wywołana przez środki psychoaktywne (alkohol, narkotyki, leki), tzw. „prawdziwa” depresja, czyli choroba afektywna, lub reakcja depresyjna spowodowana traumatycznymi wydarzeniami i doświadczeniami lub/i przewlekłym stresem. Czasami samobójstwo jest wynikiem halucynacji u osób chorych na schizofrenię.

Głównym zagrożeniem jest jednak depresja, której rozpowszechnienie w populacji młodych ludzi, mechanizmy powstawania oraz przyczyny nie są jeszcze go końca poznane, choć lista zidentyfikowanych czynników ryzyka i czynników chroniących stale się rozszerza.

Zachowania samobójcze, nie spowodowane przez chorobę psychiczną, powstają w wyniku interakcji licznych czynników: indywidualnych, rodzinnych, środowiskowych, z których wiele zostało zidentyfikowanych. Na podstawie obszernego przeglądu badań utworzono listę najważniejszych czynników chroniących i czynników ryzyka, która nie jest jeszcze zamknięta.

Czynniki chroniące i czynniki ryzyka

Czynniki chroniące młodzież przed samobójstwem:

- spójna rodzina (której członkowie wymagają od siebie nawzajem, okazują zainteresowanie i udzielają wsparcia);
- Dobra umiejętność stawiania czoła trudnościom;
- Osiągnięcia szkolne;
- Poczucie więzi ze szkołą;
- Dobre relacje z rówieśnikami w szkole;
- Mała dostępność środków umożliwiających skuteczne pozabawienie się życia (broni palnej, leków, trucizn).
- Umiejętność poszukiwania pomocy i porady u innych;
- Umiejętność kontrolowania impulsów;
- Umiejętność rozwiązywania problemów i konfliktów;
- Integracja ze środowiskiem; okazje do uczestnictwa w działaniach, wydarzeniach szkolnych i kołach zainteresowań;
- Poczucie sensu życia, zaufania do siebie i innych;
- Stabilne środowisko;
- Dostęp do pomocy psychologiczno-pedagogicznej i medycznej;
- Odpowiedzialność za innych (kolegów, zwierzęta domowe itp.);
- Religijność;

Źródło: Lazear K., Roggenbaum S., Blase K. (2003). *Youth suicide prevention school-based guide. Overview*. Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, University of South Florida, rozdz. 3, s. 2.

Warto zauważyć, że większość z wymienionych czynników chroniących jest związana ze szkołą lub możliwa do modyfikowania (wzmacniania) poprzez odpowiednie działania szkoły. Czynniki związane z rodziną można wzmacniać oferując rodzicom pomoc w rozwijaniu kompetencji wychowawczych.

Wielu autorów wymienia **czynniki obecne w szkole zwiększające ryzyko samobójstw wśród uczniów:**

- Nastawienie na osiągnięcia w nauce; wysokie wymagania przy braku wsparcia;

- Negatywny klimat społeczny: bezosobowe relacje nauczycieli z uczniami i rodzicami, obojętność lub wrogość, nieznanostwo problemów i potrzeb uczniów; dezintegracja zespołów klasowych; chaos i brak dyscypliny lub nadmierna dyscyplina i restrykcje; przemoc rówieśnicza i brak zdecydowanej reakcji na nią ze strony nauczycieli;
- Tolerowanie lub niezauważanie kontaktów uczniów ze środkami psychoaktywnymi;
- Brak oferty zajęć rozwijających zainteresowania uczniów;
- Brak oferty pomocy psychologiczno-pedagogicznej.

Źródła: Gould M., Greenberg T., Velting D., Shaffer D. (2003); oraz Lazear, Roggenbaum i Blase, 2003.

Są to te same czynniki, które generują agresywne zachowania uczniów, spadek motywacji i trudności z nauką, wagary i sprzyjają eksperymentowaniu ze środkami psychoaktywnymi.

Samobójstwa rzadko występują nagle. Pojawiają się jako rezultat dłuższego procesu, gdy stałej ekspozycji na poważne czynniki ryzyka nie równoważy wpływ istotnych czynników chroniących. Im dłuższy czas działania czynników ryzyka, tym większe zagrożenie. Młody człowiek w bardzo trudnej sytuacji doświadcza silnych emocji, jak lęk, gniew, żal, wstyd i upokorzenie, poczucie winy i smutek, które po pewnym czasie doprowadzają do stanu permanentnego przeciążenia emocjonalnego i depresji. Przy braku wsparcia i pomocy może uznać swoją sytuację za beznadziejną i zacząć poszukiwać drogi ucieczki od cierpień, na której wyodrębniamy zwykle **trzy etapy lub fazy**:

1. **Myśli samobójcze** – rozważania, że dobrze byłoby nie żyć; wyobrażanie sobie własnego pogrzebu z płaczącymi i pełnymi poczuciami winy rodzicami, nauczycielami i rówieśnikami; fantazje dotyczące wpływu tej śmierci na dalsze losy sprawców cierpień;

2. **Zamiary (tendencje) samobójcze** – podjęcie decyzji i poszukiwanie informacji o skutecznych sposobach odebrania sobie życia; testowanie ich (czasami dochodzi do kilku prób samobójczych, o których nikt nie wie);

3. **Samobójstwo dokonane**

Zdaniem suicydologów myśli i zamiary (tendencje) samobójcze powstające u jakiejś osoby dają się, w większości przypadków, odczytać z jej wypowiedzi i zachowań. Z badań American Association of Suicidology wynika, że 80% osób, które zamierzają popełnić samobójstwo, usiłuje wcześniej w rozmaity sposób powiadomić o tym najbliższe otoczenie. W fazach poprzedzających akt samobójczy jednostka wysyła coraz wyraźniejsze sygnały werbalne i niewerbalne, komunikując swoje zamiary i, mniej lub bardziej świadomie, wołając o pomoc. Wrażliwy i uważny obserwator może je wychwycić. Jednak 25% nastolatków badanych po nieudanej próbie samobójczej relacjonuje, że poszukiwało pomocy u dorosłych, lecz jej nie otrzymało (Roesnick, Bearman, 1997).

Sygnały zagrożenia

Wczesne sygnały ostrzegawcze:
<ul style="list-style-type: none"> • Wycofywanie się z kontaktów z rodziną i przyjaciółmi, odwracanie się od nich; • Zainteresowanie lub wręcz zaabsorbowanie śmiercią; • Wyraźne zmiany osobowości i poważne zmiany nastroju; • Trudności z koncentracją; • Trudności w szkole; obniżenie jakości pracy i ocen; • Zmiana dotychczasowych zwyczajów dotyczących jedzenia i snu (utrata apetytu lub objadanie się, bezsenność lub nadmierna senność); • Utrata zainteresowania rozrywkami; • Częste uskarżanie się na fizyczne dolegliwości, przeważnie powiązane z emocjami, jak bóle głowy, bóle żołądka lub uczucie zmęczenia; • Nieustanne znudzenie; • Utrata zainteresowań dla rzeczy i spraw, o które dotychczas młody człowiek się troszczył (np. zaniechanie dbałości o wygląd).
Sygnały alarmujące – wysokiego zagrożenia:
<ul style="list-style-type: none"> • Rozmawianie o samobójstwie lub o jego planowaniu; • Wzrost impulsywności: nagłe impulsywne działania, jak akty agresji i przemocy, zachowania buntownicze lub ucieczkowe (wynikające z ogromnego napięcia emocjonalnego); • Nagłe eskcesy alkoholowe lub narkotykowe (będące próbą „znieczulenia się” w cierpieniu lub formą „wołania o pomoc”); • Odrzucanie pomocy; poczucie, że udzielenie pomocy jest już niemożliwe; • Oskarżanie się „<i>Jestem złym człowiekiem!</i>” lub poczucie „zepsucia (gnicia) w środku”;

- Wypowiadanie komunikatów na temat beznadziejności życia, braku wyjścia, własnej bezwartościowości;
- Odrzucanie otrzymywanych pochwał lub nagród;
- Rzucanie co jakiś czas komunikatów typu:
„Niedługo przestanę być dla ciebie problemem”, „To nie ma znaczenia”, „To już na nic się nie zda” lub „Już się nie zobaczymy”;
- Nagłe przejście z depresji do stanu pogody i zadowolenia. Zwykle oznacza to, że uczeń, po okresie walki wewnętrznej, podjął już decyzję o ucieczce od problemów i zakończeniu swego życia;
- Rozdawanie kolegom swoich ulubionych przedmiotów; oddawanie domowych zwierzątek w dobre ręce;
- Sporządzanie testamentu;
- Wypowiadanie komunikatów takich jak: „Jestem niczym”, „Nie warto się mną zajmować”, „Chciałbym umrzeć”, „Zamierzam się zabić”, „Nie powinnam się urodzić”.

Źródło: Lazear K., Roggenbaum S., Blase K. (2003)..

Myśli i tendencje samobójcze nastolatki ujawniają również w swoich utworach literackich i plastycznych. Wskaźnikiem depresji może być także ciągłe słuchanie ciężkiej ponurej muzyki, fascynacja muzyką młodo zmarłych piosenkarzy, w tym samobójców. W trakcie własnej praktyki klinicznej zanotowałam następujące **sygnały zagrożenia** (Szymańska 1997):

- Tworzenie wierszy i opowiadań z motywem śmierci, ujawniających brak poczucia sensu życia, czasem lęk;
- Tworzenie obrazów i plakatów przedstawiających krzyże, cmentarze, topielców, muchę zaplątaną w pajęczą sieć. W pracach plastycznych zauważalna jest uboga, „depresyjna”, paleta barw: czerń, różne odcienie szarości, granat, czasem brąz.
- Ciągłe słuchanie mrocznej muzyki, utworów młodo zmarłych piosenkarzy, (np. Janis Joplin czy Jima Morrisona), palenie zniczy cmentarnych w pokoju przed ich portretami.

Jeżeli w ciągu ostatnich kilku tygodni lub dłużej nauczyciele, czy koledzy, zaobserwowali u ucznia co najmniej cztery z wymienionych wyżej sygnałów/objawów, zwłaszcza z czerwonej listy, szkoła powinna podjąć natychmiastowe działania, by rodzice udali się z dzieckiem na badanie psychologiczne i psychiatryczne. Kilka utrzymujących się objawów świadczy o poważnym kryzysie afektywnym z wysokim ryzykiem samobójstwa wymagającym pilnej interwencji specjalistów, niekiedy także farmakologicznej.

Młodzież kierowana do szkolnych specjalistów lub do poradni z powodu trudności w przystosowaniu się i słabych wyników w nauce ma często wiele powodów do reagowania obniżeniem nastroju. Trudności rodzinne i szkolne, deficyty umiejętności

psychologicznych i społecznych uniemożliwiający zbudowanie dobrych relacji z otoczeniem i zaspokojenie ważnych potrzeb przy braku wsparcia psychicznego prowadzą do stanu głębokiej niekiedy depresji. Typowa dla okresu dojrzewania intensyfikacja przeżywanych emocji, w tym lęku, i chwiejność nastroju wzmagają zagrożenie.

Myśl o samobójstwie powstaje w wyniku oceny swojej sytuacji jako pułapki życiowej, z której nie ma wyjścia. Osoby o obniżonym nastroju mają skłonności do przeprowadzania **bilansu życiowego**, który przeważnie wypada ujemnie. Nawet błahe wydarzenie lub drobne niepowodzenie może wówczas stać się „kroplą przepełniającą czarę” i przyczynić do wyboru dramatycznych w skutkach rozwiązań.

Nastolatki w depresji rzadko poszukują pomocy u osób dorosłych, zwłaszcza jeśli dotychczasowe kontakty ze znaczącymi dorosłymi zniszczyły ich zaufanie. Czasami ujawniają swój stan i problemy rówieśnikom. Najczęściej jednak poszukują chemicznych „podpórek”. Stosowanie środków odurzających początkowo stanowi rodzaj autoterapii, potem staje się drogą powolnego samozniszczenia, samobójstwem „na raty”. Potwierdzają to relacje badanej w poradniach młodzieży szkolnej. Uczniowie kierowani z powodu nagłego porzucenia szkoły albo częstych wagarów ujawnili po pewnym czasie myśli samobójcze. Niektórzy mieli za sobą jedną lub nawet kilka prób samobójczych. Po nawiązaniu kontaktu terapeutycznego zwierzali się, iż myśleli też o braniu narkotyków. Czasem podejmowali działania mające ułatwić realizację takich zamiarów. Zbierali informacje o środkach psychoaktywnych lub rozmawiali z narkomanami. Niektórzy dali się namówić na spróbowanie narkotyku lub wypróbowały działanie różnych leków znalezionych w domu czy zdobytych od znajomych. Swój stan określali jako „dołek psychiczny” trwający od dawna. Drobne wydarzenia, jak widok kolegi tulącego dziewczynę, zła ocena w szkole, a nawet brak wody w kranie, powodował pesymistyczne podsumowanie własnej sytuacji życiowej: „*mnie nikt nie kocha*”, „*jestem do niczego*”, „*wszystko sprzysięga się przeciwko mnie*”.

Bibliografia:

Dolto F. (1995). *Nastolatki*. WAB, Warszawa.

- Gould M., Fisher P., Parides M., Flory M., Shaffer D. (1996) *Psychosocial Risk Factors of Child and Adolescents Suicide*. Archives of General Psychiatry, no 53, 1155-1162.
- Gould M., Greenberg T., Velting D., Shaffer D. (2003) *Youth Suicide Risk and Preventive Interventions: A review of the past 10 years*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42 (4).
- Kazdin A. (1996) *Zdrowie psychiczne młodzieży w okresie dorastania. Programy profilaktyczne i lecznicze*. „Nowiny Psychologiczne” nr 2.
- Lazear K., Roggenbaum S., Blase K. (2003) *Youth suicide prevention school-based guide. Overview*. Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, University of South Florida, rozdz. 3, s.2; Dolto F.
- Szymańska J. (1997) *Diagnoza i wczesna pomoc dla dzieci i młodzieży zagrożonej uzależnieniem w warunkach poradni oświatowej*. (W): *Zapobieganie uzależnieniom uczniów*, red. B. Kamińska-Buśko, CMPPP, Warszawa.

Profilaktyka depresji i samobójstw

Choć profilaktyka depresji i samobójstw wśród dzieci i młodzieży szkolnej jest stosunkowo szeroko wdrażana od co najmniej dziesięciu lat (zwłaszcza w USA i Wielkiej Brytanii), tylko niektóre programy są poddawane ewaluacji, a metodologia ewaluacji pozostawia wiele do życzenia. Dopiero niedawno podjęto szerokie badania nad zawartością i skutecznością programów w tym obszarze. Wyniki wskazują jednoznacznie, że:

- **Krótkie programy koncentrujące się na samobójstwach lub depresji, oderwane od rzeczywistych problemów szkoły, są nieskuteczne, a nawet mogą być szkodliwe.**
- Ze względu na wyjątkowo złożone, wieloczynnikowe uwarunkowania depresji i samobójstw **efektywny może być jedynie ekologiczny model profilaktyki** uwzględniający zarówno eliminowanie lub osłabianie wszelkich modyfikowalnych

czynników ryzyka (indywidualnych, rodzinnych, szkolnych, środowiskowych), jak i wzmocnienie czynników chroniących; prowadzenie działań długofalowych na kilku poziomach (Kimoqueo, 2003).

Wskazówek dotyczących kierunków działań i głównych zadań dostarczają lista **czynników ryzyka i czynników chroniących** dotyczących depresji młodzieńczej oraz lista **czynników ryzyka i czynników chroniących** dotyczących samobójstw, zamieszczone w I i II części poradnika.

Działania szkoły powinny obejmować **trzy poziomy profilaktyki**. Zgodnie z nową klasyfikacją są to: profilaktyka uniwersalna, profilaktyka selektywna i profilaktyka wskazująca. Każdy poziom uwzględnia zadania dostosowane do stopnia zagrożenia.

Poziomy profilaktyki

I. Promocja zdrowia i profilaktyka uniwersalna

adresowana do wszystkich uczniów, rodziców i nauczycieli (pierwszorzędowa według starego podziału):

1. **Szkolenie nauczycieli i innych pracowników szkoły** w zakresie potrzeb rozwojowych dzieci, bezpieczeństwa oraz umiejętności wychowawczych;
2. **Powołanie i przeszkolenie zespołu ds sytuacji kryzysowych**, wypracowanie procedur reagowania. W skład zespołu powinien wchodzić dyrektor lub jego zastępca, psycholog/pedagog, pielęgniarka (jeśli jest zatrudniona) i kilku wychowawców (stosownie do liczby uczniów w szkole);
3. **Kreowanie zdrowego wspierające środowiska w szkole**; Dbanie o dobry klimat fizyczny i społeczny, w tym:
 - Budowanie dobrych relacji nauczycieli z uczniami i rodzicami oraz pomiędzy uczniami (działania integracyjne zapobiegające stygmatyzacji i odrzuceniu);
 - Ustalenie jasnej polityki dotyczącej zachowania się uczniów. Zdecydowana niezgoda na przemoc. Konsekwentne reagowanie

nauczycieli na wszelkie jej przejawy, ochrona i wsparcie dla ofiar przemocy;

4. **Wzmacnianie odporności uczniów** poprzez uczenie najważniejszych umiejętności psychologicznych i społecznych, w tym: radzenia sobie z emocjami i stresem, poszukiwania pomocy i udzielania jej; rozwiązywania konfliktów, przewidywania konsekwencji własnych działań itp.
5. **Podnoszenie samooceny dzieci i nastolatków** poprzez dostarczanie okazji do rozwijania zainteresowań i przeżycia sukcesu;
6. **Wzmacnianie więzi ze szkołą** poprzez angażowanie uczniów w szkolne projekty i wydarzenia;
7. **Zwiększanie kompetencji wychowawczych rodziców** - spotkania poświęcone potrzebom i problemom dzieci w różnych fazach rozwojowych, treningi komunikacji budujące kontakt i więź z dzieckiem;
8. **Wskazanie osób, do których można się zwrócić o poradę i pomoc.** Osoba ta powinna być dostępna i przygotowana do udzielania pomocy.

Źródła: Birch, S. and G. Ladd (1996) oraz Lazear K., Roggenbaum S., Blase K. (2003) .

Podstawowa profilaktyka samobójstw nie koncentruje się więc na samobójstwach i nie zakłada nadzwyczajnych działań. Budowanie pozytywnego klimatu oraz uczenie umiejętności psychologicznych i społecznych zapobiega różnym zachowaniom ryzykownym, zwiększa dyscyplinę w klasach i poprawia efektywność nauczania.

II. Profilaktyka selektywna

adresowana do grup zwiększonego ryzyka (uczniowie z problemami zdrowotnymi, ekonomicznymi, rodzinnymi, z trudnościami w nauce i zachowaniu, źle adaptujący się):

1. **Zbieranie informacji o potrzebach i trudnościach uczniów;** uważna obserwacja dla oszacowania ryzyka;
2. **Pomoc w nauce,** udzielanie wsparcia i budowanie motywacji, indywidualizacja nauczania;
3. **Włączanie w grupę rówieśniczą;**

4. **Włączanie do dodatkowych programów** rozwijających umiejętności psychologiczne i społeczne;
5. **Zacieśnianie współpracy z rodzicami.**

III. Profilaktyka wskazująca

adresowana dla poszczególnych uczniów z grupy wysokiego ryzyka (po próbie samobójczej, eksperymentujących ze środkami psychoaktywnymi):

1. **Stała dyskretna obserwacja** prowadzona przez przeszkolonych pracowników szkoły (w tym personel pomocniczy);
2. **Udzielanie wsparcia przez nauczycieli i pomocy w nauce;**
3. **Stała współpraca z rodzicami**, podjęcie interwencji z udziałem rodziców, wspólne opracowanie strategii pomocy dla ucznia;
4. **Opieka szkolnego specjalisty**, udzielanie wsparcia i pomocy w rozwiązywaniu trudności;
5. **Kierowanie ucznia do specjalistów w środowisku lokalnym** celem przeprowadzenia indywidualnej diagnozy i ewentualnego podjęcia terapii, stała współpraca z nimi;
6. **Kierowanie rodziców na treningi** umiejętności lub nakłanianie ich do skorzystania ze specjalistycznej pomocy, w tym terapeutycznej.

Bibliografia:

Birch, S. and G. Ladd (1996). *Interpersonal relationship in the school environment and children's early school adjustment: the role of teachers and peers. Social motivation: understanding children's school adjustment*. J. Junoven and K. Wentzel. Cambridge, Cambridge University Press.

Lazear K., Roggenbaum S., Blase K. (2003); NSW Resource Document (2002); Horowitz J. L., Garber J. (2006)

Kontrowersje wokół zajęć edukacyjnych dotyczących samobójstw

O ile specjaliści zgadzają się, że skuteczne jest tylko podejście systemowe i nie należy tworzyć specjalnych programów edukacyjnych dla młodzieży, o tyle nie ma między nimi zgodności, czy włączać treści dotyczące samobójstw do programów nauczania i uniwersalnych programów profilaktycznych realizowanych w klasach. Trwa ożywiona debata, czy rozmawiać z młodzieżą na ten temat, jakie powinny to być treści i w jaki sposób je prezentować. W USA i niektórych krajach Europy przez kilku lat nawet zalecano i realizowano podobne działania.

Gould, Greenberg, Velting i Shaffer (2003) dokonali przeglądu stanowisk różnych specjalistów w tej kwestii i wysuwanych przez nich argumentów. Zwolennicy zajęć edukacyjnych podkreślają, że lekcje poświęcone samobójstwom lub depresji dają następujące **pozytywne efekty**:

- Powodują wzrost wiedzy;
- Uwrażliwiają młodzież, skłaniają do poszukiwania pomocy w sytuacji kryzysu i udzielania wsparcia depresyjnym rówieśnikom, co powinno zredukować liczbę przypadków samobójstw. Po zajęciach liczba uczniów deklarujących gotowość udzielania i korzystania z pomocy wzrasta z około 30% do 60-70%.

Jednak **coraz większa liczba specjalistów zaleca daleko posuniętą ostrożność** wysuwając następujące argumenty:

- Nie prowadzono dotychczas systematycznej i pogłębionej ewaluacji podobnych zajęć i nie wiadomo, jakie są ich efekty odroczone.
- Kilka badań ewaluacyjnych wskazuje, że uzyskane efekty są przeważnie krótkotrwałe, utrzymujące się ok. dwóch miesięcy;
- Mimo stosunkowo szerokiego wdrażania edukacji w zakresie samobójstw i depresji nie zanotowano pozytywnego trendu w badaniach epidemiologicznych.
- Istnieją poważne przesłanki do stwierdzenia, że na zajęcia pozytywnie reaguje głównie młodzież dobrze przystosowana, nie doświadczająca poważniejszych

problemów. Nie wiemy jednak, jakie procesy uruchamiamy u 30-40% uczniów, którzy nie wykazują gotowości udzielania i korzystania z pomocy. Mogą być w tej grupie osoby z trudnościami adaptacyjnymi, w obniżonym nastroju, także z myślami samobójczymi.

Znacznie bezpieczniejsze są uniwersalne działania profilaktyczne, których skuteczność została potwierdzona. Edukacja w tym obszarze wymaga dalszych badań i doskonalenia metod i narzędzi ewaluacji (Horowitz, Garber, 2006).

Nieprofesjonalne działania profilaktyczne w tym obszarze są niebezpieczne. Udowodniono szkodliwość niektórych zajęć realizowanych w szkołach spowodowaną niewłaściwym doborem treści, metod i środków. Na podstawie wielu doniesień została skonstruowana lista ostrzeżeń, **czego robić nie wolno.**

Czego robić nie wolno !!!

- **Krótkich, 2-4 godzinnych zajęć dotyczących wyłącznie samobójstw**, nie powiązanych z innymi działaniami profilaktycznymi szkoły. Podobne zajęcia tylko rozjaśniają problemy zamiast im zapobiegać i podsuwają dzieciom i nastolatkom przeżywającym kryzys pomysły na ucieczkę z trudnej sytuacji;
- **Ukazywać samobójstwo jako reakcję na stres** i prezentować mechanizmy psychologiczne. Zamach samobójczy zaczyna być postrzegany, jako uzasadniony, nieuchronny i akceptowany sposób rozwiązywania trudności;
- **Pokazywać filmy i inne materiały wizualne prezentujące zachowania samobójcze**, młodego człowieka, a także reakcje otoczenia na jego śmierć (robią to niestety media). Podobny materiał działa jak instruktaż oraz wzmaga motywację niektórych uczniów do zdobycia w ten sposób zainteresowania lub załatwienia porachunków ze swoimi rodzicami, kolegami czy nauczycielami;
- **Angażować młodych ludzi po próbach samobójczych** (rówieśników odbiorców lub nieco starszych), by opowiadali na spotkaniach z uczniami o swych przeżyciach, albo prezentować nagrane wywiady. Uczniowie mogą identyfikować się z prezydentem i kopiować zachowania samobójcze.

Źródła: Lazear K., Roggenbaum S., Blase K. (2003); NSW Resource Document (2002); Mann J. and all. *Suicide Prevention Strategies. A Systematic Review* (2005), JAMA.

Podobne zajęcia, z negatywnymi efektami, prowadzono w przeszłości w ramach profilaktyki uzależnień. Wycofano się z nich już dawno. W przypadku samobójstw efekty nieprofesjonalnych działań mogą być znacznie bardziej dramatyczne. W lata 80-tych w trzech stanach USA w celach profilaktycznych wyświetlano młodzieży film o młodym samobójcy - prawdziwy „wyciskacz łez” mający ostrzegać i powodować konstruktywne refleksje. Po jego emisji zanotowano prawdziwą falę samobójstw. W ciągu trzech miesięcy 43 nastolatków uczestniczących w pokazie filmu targnęło się na swoje życie. Specjalnie powołany sztab kryzysowy złożony ze specjalistów starał się następnie zniwelować destrukcyjne skutki „profilaktyki”.

Bibliografia:

- Gould M., Fisher P., Parides M., Flory M., Shaffer D. (1996) *Psychosocial Risk Factors of Child and Adolescents Suicide*. Archives of General Psychiatry, no 53, 1155-1162.
- Gould M., Greenberg T., Velting D., Shaffer D. (2003) *Youth Suicide Risk and Preventive Interventions: A review of the past 10 years*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42 (4).
- Guidelines for School-Based Suicide Prevention Programs* (1999) Prevention Division of the American Association of Suicidology.
- Horowitz J. L., Garber J. (2006) *The Prevention of Depressive Symptoms In Children and Adolescents: A Meta-Analytic Review*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 74, No 3.
- Kimokeo D. (2006) *Research-Based Guidelines and Practices for School-Based Suicide Prevention*. Columbia University.
- Lazear K., Roggenbaum S., Blase K. (2003) *Youth suicide prevention school-based guide. Overview Tampa Fl*. Department of Child and Family Studies, Division of State and Local Support, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, University of South Florida.

Mann J., Apter A. i inni. *Suicide Prevention Strategies. A Systematic Review* (2005), JAMA, October 26 - Vol 294, No 16.

Otsuki M. (2002) *Fact Sheet Youth Suicide. Southern California Center of Excellence on Youth Violence Prevention*, University of California, Riverside.

Prevention Initiatives for Child and Adolescent Mental Health. NSW Resource Document. NSW Department of Health, Sydney, 2002.

Samobójczy kryzys

Znajomość wymienionych wcześniej symptomów depresji młodzieńczej i sygnałów zagrożenia samobójstwem umożliwia uważnemu obserwatorowi identyfikację ucznia przeżywającego kryzys i szybkie podjęcie działań pomocowych. Jednak często otoczenie nie zdaje sobie sprawy z powagi sytuacji, a inne niż zwykle i dziwne zachowanie dziecka wiąże ze znanymi sobie, banalnymi przyczynami. Nastolatek, zdaniem rodziców i nauczycieli, opuścił się w nauce, nie dba o wygląd, bywa rozproszony lub agresywny z lenistwa lub pobudliwości typowych dla wieku dojrzewania. Dorośli usiłują więc cierpliwie przeczekać trudny okres albo koncentrują się na eliminowaniu poszczególnych symptomów nie widząc, iż układają się one w obraz depresji. Zachęty typu „weź się w garść”, interwencje wychowawcze, w tym rozmaite sankcje, mają zmotywować nastolatka do zmiany zachowania.

Podczas rozmowy z nauczycielem, pedagogiem lub psychologiem dotyczącej np. wyglądu, ocen czy też wycofywania się z wszelkiej aktywności na terenie szkoły, uczeń może wprost lub w sposób zawołowany ujawnić zamiary samobójcze. U większości nieprzygotowanych dorosłych podobny komunikat wywołuje silny lęk i poczucie bezradności. Pod wpływem emocji często reagują w sposób nieprzemyślany pogarszając jeszcze trudną sytuację. Personel szkoły niekiedy próbuje zbagatelizować otrzymane informacje, albo podejmuje chaotyczne nieskoordynowane działania, które nie przyczyniają się do rozwiązania problemów dziecka, natomiast eskalują tzw. szkolną „afere”. Stąd konieczność wyłonienia i przeszkolenia zespołu ds. sytuacji kryzysowych oraz wcześniejszego przygotowania procedur reagowania w sytuacji kryzysu. Umiejętność zarządzania kryzysem

umożliwia udzielenie właściwej pomocy uczniowi, zwiększa poczucie kompetencji i bezpieczeństwa nauczycieli, a także zwiększa poczucie bezpieczeństwa uczniów i rodziców oraz ich zaufanie do nauczycieli (NASP Resources, 2007).

Jak reagować, gdy uczeń mówi o samobójstwie?

Jak się zachować, gdy młody człowiek komunikuje wprost zamiary samobójcze, daje do zrozumienia, że chce pozbawić się życia, czy opowiada o podejmowanych wcześniej próbach samobójczych? Jeśli nie jesteś psychoterapeutą, nie próbuj prowadzić psychoterapii. Rozmawiaj z uczniem w sposób tak naturalny, jak tylko potrafisz. Celem prowadzonej rozmowy powinno być: zapewnienie mu bezpieczeństwa, nawiązanie kontaktu, umożliwienie wyrzucenia nagromadzonych silnych emocji, zmniejszenie poczucia osamotnienia, podarowanie odrobiny nadziei.

Nie można skonstruować jednego przydatnego scenariusza rozmowy z potencjalnym samobójcą, ponieważ nie istnieją dwa identyczne życiorysy, identyczne zestawy czynników ryzyka ani identyczne procesy prowadzące do kryzysu. Każda rozmowa będzie przebiegała inaczej. Można jednak podać **kilka podstawowych zasad reagowania i wskazówek umożliwiających osiągnięcie celów i uniknięcie poważnych błędów:**

- 1. Zachowaj spokój. Nie panikuj.** Nie reaguj natychmiast, policz w myśli do trzech. Kontroluj głos i mimikę, staraj się nie okazywać zdenerwowania. Jemu/jej jest w tej chwili bardzo potrzebny opanowany, dający oparcie dorosły.
- 2. Traktuj ucznia i jego komunikat o zamiarach samobójczych poważnie,** nie lekceważ go. Przekonanie, że osoby mówiące o samobójstwie nigdy go nie popełniają, jest mitem. Wielu samobójców komunikowało wcześniej swoje zamiary.
- 3. Nie odsyłaj ucznia** proponując inny termin rozmowy lub kierując go do innej osoby. To bardzo niebezpieczne. Odesłanie może zostać odebrane jako lekceważenie. Może też, podobnie jak objawy paniki u dorosłego rozmówcy, nasunąć uczniowi myśl, że jego sytuacja jest gorsza niż sam przypuszczał

i zwiększyć lęk, poczucie osamotnienia i beznadziejności. Musisz z nim porozmawiać właśnie teraz. Poproś, by ktoś zastąpił cię podczas lekcji. W tej chwili najważniejsze jest zapewnienie fizycznego i psychicznego bezpieczeństwa dziecku.

4. Nie zostawiaj ucznia ani na chwilę samego. Jeśli obawiasz się, że sobie nie poradzisz, albo sytuacja tego wymaga (np. uczeń jest w stanie dużego pobudzenia), poślij kogoś po pomoc nie opuszczając pokoju. Wezwij któregoś z członków zespołu ds. sytuacji kryzysowych, który jest lepiej przygotowany do prowadzenia rozmowy z osobą w kryzysie. W szkole posiadającej wspomniany zespół, o czym cała społeczność jest dobrze poinformowana, włączenie do interwencji drugiej osoby będzie potraktowane przez ucznia jako coś naturalnego i oczywistego. Możesz się powołać na obowiązującą procedurę postępowania: *To ważna sprawa wymagająca szybkiego i mądrego rozwiązania. Jak wiesz, wszystkie trudności rozwiązujemy w szkole zespołowo. Poproszę jeszcze do nas pana Marka. Co dwie głowy, to nie jedna.* Oczekując na pomoc zatroszcz się o dziecko spokojnie i serdecznie. Po przyjściu drugiej osoby pozostań przy ich rozmowie.

5. Nie obiecuj absolutnej dyskrecji. Uczeń może chcieć rozmawiać o swoich problemach żądając od ciebie przyrzeczenia, iż nikomu o nich nie powiesz. Nigdy nie zawieraj takiego kontraktu. Znajdziesz się w pułapce - w konflikcie prawnym i etycznym. Musisz powiadomić dyrektora i rodziców. Prawdopodobnie niezbędne okażą się konsultacje specjalistyczne, czasem konieczna jest współpraca z policją i sądem rodzinnym. Staniesz przed dylematem, czy złamać dane słowo, czy zaniechać udzielania pomocy biorąc odpowiedzialność za dalsze losy dziecka. Powiedz mu/jej o tym: *Stawiasz mnie w trudnej sytuacji. Nie mogę ci tego obiecać. Bardzo chcę ci pomóc i zależy mi, żebyś była zdrowa i szczęśliwa, ale (podaj kilka rzeczowych argumentów) np.:*

- Twoich problemów nie da się rozwiązać jednoosobowo.
- Nie jestem specjalistą.
- Obowiązują mnie przepisy prawa.

- *Żądając całkowitej dyskrecji wiązesz mi ręce.*
- *Nie chcę cię widzieć martwą i obwiniać się do końca życia, że nie zapewniłam/em ci odpowiedniej pomocy.*
- *Mogę tylko obiecać zachowanie dyskrecji wobec osób niezaangażowanych w rozwiązywanie twoich trudności.*

Można też odwołać się do obowiązującej w szkole procedury postępowania, zespołowego rozwiązywania poważnych problemów. Przede wszystkim należy powtórzyć, że nam na niej/nim zależy.

6. Zapewnij możliwie najlepsze warunki rozmowy. Zadbaj o intymność.

Nie przeprowadzaj ucznia do pokoju nauczycielskiego, gdzie przebywa wiele osób. Nie pozwól, by ktoś przypadkowy wchodził do pokoju, w którym rozmawiacie. Nic nie powinno was rozpraszać.

7. Nie prowokuj ucznia podając w wątpliwość jego zamiary.

Nie znając sytuacji nigdy nie mów: *Nie wierzę, że chcesz to zrobić* lub *Nie próbuj mnie straszyć samobójstwem. Nie poprawisz w ten sposób swoich ocen.* To bardzo ryzykowne. Pobudliwy, zraniony i zdesperowany nastolatek może za chwilę przystąpić do realizacji zamiarów, choćby z chęci zemsty za twoją bezdusność.

8. Respektuj uczucia ucznia.

Masz do czynienia z człowiekiem głęboko cierpiącym, młodym, który nie potrafi sobie poradzić z własnymi emocjami. Nie próbuj bagatelizować problemu protekcyjnym traktowaniem go, zdawkową reakcją typu: *Naprawdę chcesz to zrobić?* Albo, jeszcze gorzej: *Naprawdę chcesz zrobić takie głupstwo?* Wzmacniasz tylko jego negatywne emocje i utwierdzasz w przekonaniu, że nikt go nie rozumie i nie chce się nim zająć.

9. Uważnie słuchaj.

Nie zajmuj się w tym czasie niczym innym. Pozwól uczniowi mówić. Mówienie może przynieść mu ulgę. Więcej słuchaj niż mów. Zadawaj krótkie pytania. Nie komentuj na bieżąco relacjonowanych wydarzeń i nie podawaj od razu swoich interpretacji. Jeśli coś mówisz, posługuj się prostym językiem zrozumiałym dla nastolatka. Utrzymuj kontakt wzrokowy.

10. Nie próbuj „na siłę” poprawiać nastroju ucznia.

Ona/on spostrzega świat w czarnych barwach, przeżywa dramat i nie widzi dla siebie przyszłości. Pełne optymizmu zdania wypowiedziane w najlepszej intencji, jak - *Na pewno nie*

jest tak źle, jak myślisz; Nie przejmuj się; Zobaczysz, wszystko będzie dobrze – zostaną odebrane jako dowód lekceważenia, kompletnego braku zrozumienia i braku rozsądku. Zaufanie do ciebie i motywacja do rozmowy może zniknąć.

- 11. Bądź empatyczna/y.** Czasem zasygnalizuj zrozumienie dla przeżyć ucznia, ale raczej unikaj nadużywanego słowa „Rozumiem”. Osoby w depresji źle je znoszą i reagują irytacją. Są przekonane, że nikt tego nie rozumie, jeśli sam nie był na dnie rozpaczy. Lepiej spróbuj nazwać jego emocje i odczucia: *Poczułeś, że świat się wali?*, albo *Byłaś przerażona*. Nie rób tego jednak zbyt często.
- 12. Bądź cierpliwa/y.** W nim jest pełno lęku, żalu, wstydu i gniewu. Może zachowywać się buntowniczo i prowokacyjnie. Zaczepki słowne i wyrazy rozgoryczenia nie muszą być adresowane właśnie do ciebie. Jesteś tylko ekranem, na który uczeń rzutuje swoje frustracje. Nie daj się sprowokować i nie wchodź w rolę sędziego. Spokojnie słuchaj lub zastosuj wskazówkę nr 10. Gdy uzna cię za osobę rozumiejącą i wspierającą, uspokoi się.
- 13. Ujawnij swoje odczucia** wywołane rozmową. Twoje emocje mogą być widoczne i nie ma powodu, by o nich nie wspomnieć. Uczeń chce usłyszeć, że jego osoba i jego sprawy nie są ci obojętne. Czasami usiłuje nawet sprowokować rozmówcę wypowiadając przypuszczenie, iż pewnie go to nie zainteresuje. Wyraż krótko własne odczucia posługując się zdaniem: *Jestem poruszona/y (przejęta) tym, co mi powiedziałeś (mówisz)*. Nie mów jednak, że bardzo cię to zdenerwowało lub przerażyło i nie składaj wyrazów współczucia. Nie opowiadaj też teraz o własnych trudnościach życiowych i stanach psychicznych, ani o znanych ci podobnych przypadkach. Skoncentruj się na jego historii.
- 14. Nie oceniaj.** Unikaj oceniania zachowania ucznia i wypowiedzania opinii, co jest dobre, a co złe, etyczne lub nieetyczne. To nie jest właściwy moment na takie rozważania i nie są one skuteczne. Stwarzasz tylko dystans między sobą, a dzieckiem. Ono od dawna doświadcza bardzo silnych przykrych emocji i chce się od nich uwolnić za wszelką cenę. Nie jest w stanie myśleć o niczym innym. Największą wartość ma właśnie to, że siedzisz z nim i słuchasz go uważnie. Udzielasz mu w ten sposób wsparcia.

15. Nie próbuj prowadzić dyskusji. Nie czuj się zobowiązana/y do natychmiastowego przekonania ucznia, by zrezygnował z samobójczych zamiarów.

- Nie zasypuj go lawiną argumentów. To nie jest właściwy moment i dyskusja nie przyniesie oczekiwanych rezultatów z powodów wymienionych powyżej. Większość argumentów on sam już wielokrotnie rozważał.
- Nie przeciwstawiaj się gwałtownie samobójczej decyzji ucznia, ale zachęcaj do odwołania w czasie jej realizacji. Możesz się posłużyć zdaniem *Zawsze jeszcze zdążysz to zrobić*.
- Unikaj wywoływania w nim poczucia winy. Osoby głęboko depresyjne bardzo źle o sobie myślą i są pełne poczucia winy. Nie obciążaj go dodatkowo. Nie używaj takich argumentów jak rozpacz rodziców i bliskich w przypadku jego śmierci. Często plan samobójstwa jest motywowany właśnie chęcią dokonania porachunków z rodzicami, kolegami czy nauczycielami. Utwierdzisz go wówczas w jego zamiarach.
- Masz jednak prawo nie zgadzać się z wielokrotnie wypowiedzanym przez ucznia przekonaniem o braku wyjścia z kryzysu. Powiedz: *Wiem, że tak to widzisz i oceniasz, ale nie zgadzam się tobą. Przychodzą mi do głowy różne możliwe wyjścia. Nie mam w tej chwili pewności, czy i które okażą się skuteczne. Będziemy szukać najlepszych rozwiązań. Wrócimy jeszcze do tego*. Demonstruj spokojną pewność siebie. Nie musisz teraz uzasadniać swojego przekonania. I tak usłyszysz po każdym argumencie, że to beznadziejne, to nic nie da, a młody człowiek nie ma już na nic siły.

16. Wypowiadaj się w sposób bezpośredni i otwarty. Nie obawiaj się używać słów „śmierć” i „samobójstwo”. Nie bój się, że podsuniesz uczniowi w ten sposób niebezpieczny pomysł. On i tak od dawna o tym myśli. Zyskasz tylko uznanie i zaufanie jako osoba otwarta i odważna. Często nastolatki nie mówią o samobójstwie wprost, lecz dają do zrozumienia. Można wówczas

zapytać: *Czy chcesz mi powiedzieć, że myślisz o samobójstwie?* Można także pytać, czy rozważał, jaką metodę pozbawienia się życia wybrać.

- 17. Nie bój się ciszy.** Gdy w trakcie rozmowy zapadnie cisza, nie przerywaj jej natychmiast. Daj sobie i uczniowi czas na refleksję. Przebywanie ze sobą w pełnej zrozumienia ciszy buduje kontakt.
- 18. Przedstaw swoje najbliższe zamiary.** Możesz jeszcze nie wiedzieć, jak rozwinie się akcja pomocy. Opowiedz jednak uczniowi, co zamierzasz zrobić w jego sprawie w najbliższym czasie, by nie czuł się zaskoczony i zdradzony przez ciebie. Zapytaj, czego obawia się w związku z planowanymi przez siebie działaniami. Wysłuchaj jego obaw i weź je poważnie pod uwagę. Spróbuj go uspokoić. We wszystkich działaniach staraj się go chronić.
- 19. Bądź uczciwa/y.** Nie obiecuj uczniowi zbyt wiele. Możesz nie być w stanie zrealizować obietnic i tylko zniszczysz jego zaufanie.
- 20. Nie stosuj konfrontacji.** Gdy dowiesz się, iż przyczyną próby samobójczej lub zamiarów jest przemoc rówieśnicza, przemoc domowa czy wykorzystywanie seksualne, nie doprowadzaj do konfrontacji ze sprawcami przemocy. Dla ofiary jest to dodatkowa ogromna trauma. Narażasz ucznia na represje ze strony sprawców i burzysz zaufanie do siebie. Lęk przed represjami może przyspieszyć decyzję o samobójstwie. Sprawa wyjaśni się w procesie diagnozy.

Po zakończeniu rozmowy uruchom procedurę postępowania w sytuacjach kryzysowych, w tym powiadom rodziców. Nie pozwól, by uczeń sam opuścił szkołę.

Bibliografia:

- Goldman S., Beardslee W. R., (1999). *Suicide in children and adolescents*. In: D. G. Jacobs (Eds.). *The Harvard medical school guide to suicide assessment and intervention*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
- Lazear K., Roggenbaum S., Blase K. (2003). *Youth suicide prevention school-based guide*. Overview Tampa Fl. Department of Child and Family Studies, Division of State and Local Support, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, University of South Florida.

McKee P. W., Jones R. W., Barbe R. H. (1993). *Suicide and the School: A Practical guide to suicide prevention*. Horsham PA, LRP Publications.

"*Preventing Youth Suicide – Tips for Parents and Educators*", 2007. National Association of School Psychologists www.naspoline.org/resource/crisis